



INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **EU Elia Jadue Lara, Enfermera coordinadora SAR Villa alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **SEPTIEMBRE de 2024**

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD
Elimar Olivero Torres Médico Cirujano		TURNOS MEDICO DE DIA DE SEMANA (LUN-VIE)
		TURNOS DE MEDICO FINES DE SEMANA (SAB- DOM Y FESTIVOS)
BENEFICIO U/O DESCUENTO APLICAR		
HORAS TRABAJADAS	31	MONTO BRUTO

Lo anterior en virtud de dar curso al pago de sus honorarios por concepto de contrato de prestación de servicios por el mes **SEPTIEMBRE 2024**

Villa Alegre, OCTUBRE de 2024.

